



HAL
open science

Influence de la zone d'habitation sur l'attitude des femmes face au dépistage du cancer du col de l'utérus en Lorraine : étude observationnelle descriptive menée entre juin et septembre 2020 concernant 166 femmes de 25 à 65 ans

Lara Goutte

► **To cite this version:**

Lara Goutte. Influence de la zone d'habitation sur l'attitude des femmes face au dépistage du cancer du col de l'utérus en Lorraine : étude observationnelle descriptive menée entre juin et septembre 2020 concernant 166 femmes de 25 à 65 ans. Médecine humaine et pathologie. 2021. hal-03870518

HAL Id: hal-03870518

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03870518>

Submitted on 24 Nov 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>



UNIVERSITÉ
DE LORRAINE



FACULTÉ DE
MÉDECINE / MAÏEUTIQUE /
MÉTIERS DE LA SANTÉ à NANCY

Département Universitaire de Maïeutique

Diplôme d'État de Sage-Femme

Mémoire de fin d'études présenté et soutenu par

GOUTTE Lara

Influence de la zone d'habitation sur l'attitude des femmes face au dépistage du cancer du col de l'utérus en Lorraine

*Etude observationnelle descriptive menée entre juin et septembre 2020
concernant 166 femmes de 25 à 65 ans*

Soutenu en 2021

Directeur de mémoire : Docteur Maurice TANGUY

Médecin Coordonnateur - Dépistage des cancers, Responsable Meurthe-et-
Moselle CRCDC Grand Est



UNIVERSITÉ
DE LORRAINE



FACULTÉ DE
MÉDECINE / MAÏEUTIQUE /
MÉTIER DE LA SANTÉ à NANCY

Département Universitaire de Maïeutique

Diplôme d'État de Sage-Femme

Mémoire de fin d'études présenté et soutenu par

GOUTTE Lara

Influence de la zone d'habitation sur l'attitude des femmes face au dépistage du cancer du col de l'utérus en Lorraine

*Etude observationnelle descriptive menée entre juin et septembre 2020
concernant 166 femmes de 25 à 65 ans*

Soutenu en 2021

Directeur de mémoire : Docteur Maurice TANGUY

Médecin Coordonnateur - Dépistage des cancers, Responsable Meurthe-et-
Moselle CRCDC Grand Est

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier :

- Docteur TANGUY qui a dirigé ce mémoire pour sa disponibilité ainsi que son implication dans ce travail.
- Mme AVERCENC, référente de promotion 5^{ème} année, pour l'ensemble de ses précieux conseils et sa réactivité.
- Mme ROUYER pour son aide à la rédaction bibliographique de ce mémoire.

Je remercie aussi :

- Pour leurs relectures et corrections : *ma mère, ma tante et mon amie Emeline.*
- Pour son aide lors de l'analyse des résultats : *mon compagnon Paul.*

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	4
SOMMAIRE.....	5
LISTE DES ABREVIATIONS	6
INTRODUCTION.....	7
MATERIEL ET METHODE.....	12
1. TYPE D'ETUDE	12
2. POPULATION ETUDIEE.....	12
3. CRITERES DE JUGEMENT.....	12
4. MODALITES DE REALISATION DE L'ETUDE	13
5. OUTIL DE RECUEIL DES DONNEES.....	14
RESULTATS.....	16
1. DESCRIPTION DE LA POUPLATION.....	16
2. OBJECTIF PRINCIPAL	18
3. OBJECTIFS SECONDAIRES	19
4. QUESTIONNAIRE INFORMATISE.....	27
DISCUSSION	28
1. DISCUSSION DES RESULTATS	28
2. BIAIS DE L'ETUDE	35
CONCLUSION	38
BIBLIOGRAPHIE.....	39
TABLE DES MATIERES	45
ANNEXES	46

LISTE DES ABREVIATIONS

ADN : Acide DésoxyriboNucléique

APV : Auto Prélèvement Vaginal

CCU : Cancer du Col de l'Utérus

CRCDC : Centres Régionaux de Coordination des Dépistages du Cancer

DIU : Dispositif Intra Utérin

FCU : Frottis Cervico Utérin

HPV : Papillomavirus Humain

INCa : Institut National du Cancer

PNDO : Programme National de Dépistage Organisé

PV : Prélèvement Vaginal

SIU : Système Intra Utérin

INTRODUCTION

A l'échelle mondiale, le cancer du col de l'utérus (CCU) se place en quatrième position des cancers féminins. En 2018, environ 570 000 nouveaux cas de cancer du col de l'utérus ont été rapportés dans le monde (1). En France métropolitaine, chaque année, environ 3 000 nouveaux cas de cancer du col de l'utérus sont recensés et 1 100 femmes en meurent (2).

Le cancer du col de l'utérus se caractérise presque exclusivement par une infection à *papillomavirus humain* (HPV) persistante au niveau du col. En effet, environ 90% des CCU sont dus à sept types de HPV à haut risque cancérogène. Le HPV (human papillomavirus) touche 70% de la population sexuellement active, aussi bien les hommes que les femmes. Dans 90% des cas, le virus est éliminé spontanément de l'organisme et l'infection reste transitoire puisqu'elle n'entraîne aucune lésion et régresse spontanément (3). Néanmoins, lorsque le virus persiste et que celui-ci est considéré à haut risque oncogène (notamment HPV 16 et 18), il peut donner lieu à des lésions précancéreuses au niveau du col de l'utérus. En effet, HPV 16 et 18 sont responsables de 70% des cancers (4). Ils sont donc considérés comme les principaux facteurs de risque du CCU. Les cancers à papillomavirus mettent plusieurs années à se développer, environ 15 à 20 ans (5).

Afin de lutter contre cette maladie, Il existe deux moyens de prévention pour contrer le CCU : - **Une prévention primaire** grâce à la vaccination contre le HPV.

En France, elle est recommandée et remboursée pour toutes les jeunes filles âgées de 11 à 14 ans et, dans le cadre du rattrapage vaccinal, pour les jeunes filles entre 15 et 19 ans révolus. Actuellement, il existe trois vaccins (6) :

- Le vaccin Gardasil® protège contre les deux HPV 16 et 18, mais aussi HPV 6 et 11 responsables de condylomes génitaux (6) (7).
- Le vaccin Cervarix® protège contre les HPV 16 et 18.
- Le vaccin Gardasil®9 protège contre les HPV 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 et 58(6).

- **Une prévention secondaire** de dépistage via un frottis cervico utérin (FCU).

Il est à noter que ces préventions sont complémentaires (8). En effet, la vaccination ne dispense pas du dépistage par FCU car celle-ci ne protège pas contre tous les HPV responsables de CCU (6).

En ce qui concerne le diagnostic, il a lieu grâce à des examens de seconde intention, argumentés par un FCU pathologique. Ces moyens diagnostiques sont la colposcopie, la biopsie ou encore la conisation diagnostique. Ils permettent aussi de classer le type de tumeur, afin de faciliter la prise en charge (9).

Le frottis cervico utérin (FCU) était jusqu'à récemment, recommandé pour toutes les femmes de 25 à 65 ans. Il était à réaliser tous les 3 ans après deux premiers tests normaux à 1 an d'intervalle (10). Il repose sur l'analyse des cellules prélevées au niveau du col de l'utérus lors d'un examen gynécologique (11).

Les nouvelles recommandations de juillet 2019 de la haute autorité de santé, précisent des modifications concernant le schéma de dépistage. Désormais, après 30 ans, le test HPV remplace le frottis cervico utérin à un rythme quinquennal. En effet, celui-ci s'avère être plus efficace chez les femmes de plus de 30 ans, pour réduire l'incidence du cancer du col de l'utérus. De plus, en cas de test négatif, il permet d'étendre l'intervalle jusqu'au prochain dépistage en passant de 3 à 5 ans (12). À la différence de l'examen cytologique, qui s'intéresse à la morphologie des cellules, le test HPV cherche la présence d'ADN (Acide DésoxyriboNucléique) du virus HPV à haut risque chez les femmes (11). L'un des autres principaux avantages de ce test, est qu'il peut être réalisé via un APV (auto prélèvement vaginal). Ceux-ci sont en cours d'expérimentation afin d'en évaluer l'acceptabilité, l'efficacité et l'efficience (12).

En France, 90% des cancers du col de l'utérus pourraient être évités si toutes les femmes entre 25 et 65 ans suivaient les recommandations de dépistage (8). Or, 39% des femmes ne font pas ou pas assez régulièrement de test de dépistage du cancer du col de l'utérus (13).

C'est pourquoi les Centres régionaux de coordination des dépistages du cancer (CRCDC) ont mis en œuvre un programme de dépistage organisé suite à l'arrêté du 4 mai 2018.

Celui-ci consiste en une lettre de relance adressée aux femmes entre 25 et 65 ans n'ayant pas réalisé de frottis cervico utérin au cours des trois dernières années. Il les invite à consulter leur médecin traitant, un gynécologue ou une sage-femme afin de réaliser le dépistage. L'examen est pris en charge à 100% sans avance de frais sur présentation du courrier. Le Programme national de dépistage organisé (PNDO) du cancer du col de l'utérus, en cours de déploiement dans l'ensemble des départements français depuis 2018, a pour objectif d'augmenter la couverture du dépistage pour atteindre 80%, de réduire les inégalités d'accès à ce dépistage et de diminuer de 30% l'incidence et la mortalité par CCU à 10 ans (10). Dans ce même objectif, la possibilité de dépistage par auto-prélèvement pour le test HPV a été soulevé pour les femmes peu ou pas suivies, celui-ci est en cours de déploiement (12).

Une couverture de dépistage de seulement 60% peut nous amener à nous questionner sur les freins à celui-ci, ainsi que sur le genre de femmes y échappant (14).

C'est grâce à cette réflexion qu'est née l'hypothèse selon laquelle, la zone d'habitation des femmes pourrait modifier leur participation au dépistage du CCU. Premièrement, du fait que l'offre de soins serait différente entre les zones urbaines et rurales. Secondairement, que les connaissances à ce sujet seraient différentes entre ces deux populations.

Le bulletin épidémiologique hebdomadaire de septembre 2019, concernant le cancer du col de l'utérus, révèle que la couverture du dépistage diminue de manière importante avec l'âge à partir de 50 ans pour tomber à 44,2% chez les femmes de 60-65 ans (contre 57,8% chez les 25-65 ans). Pourtant, les femmes de 50 ans et plus présentent un risque plus élevé de CCU que les femmes plus jeunes ; le pic d'incidence de ce cancer se situant vers 50 ans et l'âge médian au diagnostic étant de 53 ans (14).

Parmi les hypothèses, la moindre couverture chez les femmes plus âgées aurait pu s'expliquer par le fait qu'après la ménopause, les femmes sont moins suivies sur le plan gynécologique ; de par l'absence de contraception nécessaire.

Concernant l'influence de la contraception sur le suivi de la femme, une contraception orale, nécessitant une prescription annuelle à minima, aurait pu pousser à une visite de suivi gynécologique. A contrario, les contraceptions dites à long terme tel que le stérilet et l'implant, pourraient induire une absence de suivi gynécologique de la part des patientes.

Lors de ces visites de suivi, d'autres examens de dépistages sont recommandés aux patientes, ceux-ci en fonction de leur âge. Ce qui laisse à penser que les femmes réalisant les autres examens de dépistages systématiques ; comme celui du cancer du sein ou du cancer colorectal, réalisent aussi celui du CCU. Tout cela dans l'hypothèse où la réalisation d'un examen de dépistage en entraîne un autre.

Pour finir, il semble que l'examen gynécologique en lui-même soit un frein à la réalisation du dépistage. En effet, celui-ci ne peut avoir lieu sans l'examen des filières génitales de la patiente. Nous pourrions donc penser que la perceptive de l'auto-prélèvement permettrait de lever le frein de la pudeur lors de l'examen gynécologique ou encore, celui de l'accès à un professionnel de santé ; pour les femmes en éloignement géographique.

L'ensemble de ces hypothèses nous amènent à nous demander si la zone d'habitation des femmes influence leur attitude face au dépistage du cancer du col de l'utérus ?

L'objectif principal de l'étude était de déterminer si la zone d'habitation des femmes impactait le taux de dépistage du cancer du col de l'utérus.

Les objectifs secondaires étaient les suivants :

- Montrer les disparités de taux de dépistage par tranche d'âge et catégorie socioprofessionnelle.
- Rendre compte de l'influence de l'utilisation d'une méthode contraceptive sur l'attitude des femmes face au dépistage du CCU.

- Objectiver une offre de soins différente en fonction des zones urbaines/rurales ainsi que l'influence de celle-ci sur le suivi des femmes.
- Rendre compte des connaissances de la population concernant le CCU et le FCU.
- Apprécier la régularité du suivi gynécologique en fonction de l'âge des patientes.
- Prouver l'utilité du kit d'auto-prélèvement (APV) ainsi que son envoi pour les femmes non - ou insuffisamment – dépistées.

MATERIEL ET METHODE

1. TYPE D'ETUDE

Ce travail consistait en une étude observationnelle descriptive concernant l'attitude des femmes face au dépistage du cancer du col de l'utérus. Elle a été réalisée au moyen d'un questionnaire proposé à des femmes de 25 à 65 ans habitant en Lorraine. Ce questionnaire abordait plusieurs thématiques engendrées par les hypothèses.

2. POPULATION ETUDIEE

Afin de réaliser cette étude, une population de 90 femmes entre 25 et 65 ans a été proposée lors du calcul de sujets. Celles-ci réparties en différents groupes : urbain, péri-urbain et rural. Ce qui constituait 3 groupes de 30 sujets.

Les critères d'inclusion des sujets étaient les suivants :

- Être une femme,
- Avoir entre 25 et 65 ans,
- Habiter en Lorraine.

Les femmes enceintes et ménopausées étaient elles aussi incluses dans l'étude.

Cependant, les femmes ayant subi une hystérectomie totale ont été exclues du fait de leur suivi spécifique (différent de la population générale).

3. CRITERES DE JUGEMENT

Le critère de jugement principal était le **taux de dépistage par FCU en fonction de la zone d'habitation.**

Les critères de jugement secondaires s'intéressaient eux :

- Au taux de dépistage par :
 - o Tranche d'âge
 - o Type de contraception
 - o Catégorie socio-professionnelle
- A la connaissance de ces femmes sur le dépistage du CCU.
- A la présence de professionnel de santé dans leur zone de vie.
- A la régularité du suivi gynécologique de la population.
- Et enfin, à l'avis de ces sujets sur un futur auto-prélèvement et une probable lettre de rappel.

4. MODALITES DE REALISATION DE L'ETUDE

L'étude a eu lieu entre juin et août 2020. Elle consistait en une série de questions posées oralement aux femmes. Un questionnaire comportant 18 items en était le support. Celui-ci reprenait tous les items cités dans les critères de jugement, il est disponible en annexe 1.

4.1. Lieux de réalisation de l'étude

L'étude s'est déroulée aux abords de trois supermarchés représentant chacun un des 3 groupes d'habitation :

- **urbain**, près de l'enseigne Cora à HOUEMONT (54),
- **péri-urbain**, au Leclerc de GOLBEY (88),
- et **rural**, près de l'Intermarché de DOMPAIRE (88).

Cette étude ciblait uniquement la population habitant en Lorraine.

5. OUTIL DE RECUEIL DES DONNEES

5.1. Le questionnaire

Avant de débiter le questionnaire, il était précisé aux femmes que celui-ci était anonyme. Une fois vérification des critères d'inclusion, les questions étaient posées oralement aux sujets et le questionnaire rempli par le recruteur pour faciliter l'analyse des résultats par la suite. Un questionnaire papier par sujet a été utilisé. Outre l'enquête menée sur le terrain, un questionnaire Google Forms a été diffusé sur internet du 26 août au 14 septembre 2020. Ce nouveau mode de recrutement s'est imposé au vu du contexte sanitaire lors de l'enquête (COVID 19) mais aussi dans le but d'élargir la population dans l'espoir de recruter plus facilement les femmes échappant au dépistage. Nous avons veillé à la protection des données personnelles en réalisant un questionnaire anonyme ne permettant pas une identification des volontaires interrogés. Celui-ci présentait les mêmes items que le questionnaire papier mais pouvait être rempli directement par le sujet. Il permettait un recrutement et une saisie des données plus rapide. Ce dernier se trouve en annexe 2.

5.2. Contrôle et saisie des données

L'ensemble des données (réponses aux questionnaires papier et questionnaires internet) ont toutes été saisies sur google forms pour les exploiter dans un même dossier Excel.

Il a été décidé de répartir la population étudiée dans deux groupes : urbain et rural, et non trois comme prévu initialement, en raison de la complexité à déterminer un seuil pour les zones péri-urbaines. Chaque commune a été catégorisée comme « urbaine » ou « rurale » grâce au recensement de l'Insee 2020, mis à jour en décembre 2019. La répartition de ces deux groupes s'est faite sur le seuil de 2 000 habitants.

- En dessous de ce seuil, la commune était considérée **rurale**,
- Au-dessus de celui-ci, **urbaine**.

Concernant les professions, elles ont été classées d'après la liste des professions et catégories socioprofessionnelles 2020.

Selon le mode de contraception précisé ; 3 groupes ont été constitués :

- **pilule,**

-**contraception à long terme** ; incluant SIU (Système Intra Utérin), DIU (Dispositif Intra Utérin), implant et stérilisation,

- **absence de contraception.**

De plus, les réponses aux questions ouvertes, permettant à chaque femme d'exposer leur avis, ont été regroupées par idées afin de faciliter leur analyse.

Enfin, l'analyse des résultats a été effectuée via le logiciel de statistiques Epi Info et exploitée en pourcentages.

RESULTATS

1. DESCRIPTION DE LA POUPLATION

Tableau 1: caractéristiques de la population (N=166)

Description de la population	N	%
Age		
25-35 ans	47	28,3
35-45 ans	49	29,5
45-55 ans	52	31,3
55-65 ans	18	10,9
Zone d'habitation		
Urbaine	101	60,8
Rurale	65	39,2
Catégories socioprofessionnelles		
Employés	69	41,6
Professions intermédiaires	58	35,0
Cadres et professions intellectuelles supérieurs	17	10,2
Autres personnes sans activité professionnelle	8	4,8
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	4	2,4
Elèves, étudiants	4	2,4
Retraités	4	2,4
Ouvriers	2	1,2
Utilisation d'un moyen de contraception		
Oui	98	59,0
Non	68	41,0

Le *tableau 1* présente les caractéristiques de la population étudiée. Concernant l'âge des femmes, la majorité d'entre elles faisait partie de la classe d'âge 45-55 ans (n=52) mais avec très peu de différence par rapport aux 35-45 ans (n=49) et 25-35 ans (n=47). Les 55-65 ans (n=18) elles, représentaient une minorité. Leur lieu de vie permettait de les classer par zone d'habitation, 39,2% d'entre-elles (n=65) vivaient dans une zone rurale contre 60,8% (n=101) dans une zone urbaine. Les catégories socioprofessionnelles les plus représentées étaient les employées (n=69), les professions intermédiaires (n=58) et les cadres et professions intellectuelles supérieures (n=17). Enfin, dans l'échantillonnage de femmes interrogées (N=166), 59,0% (n=98) des femmes utilisaient une contraception (pilule et contraception à long terme) contre 40,0% (n=68) qui n'en n'utilisaient pas.

Tableau 2 : description des moyens de contraception (N=98)

Moyens de contraception	N	%
Pilule	45	45,9
Contraception à long terme	53	54,1
DIU/SIU	48	49,0
Implant	4	4,1
Essure	1	1,0

Parmi les femmes usant d'un moyen de contraception, le *tableau 2* nous présente les différentes méthodes. Pour 54,1% (n=53) d'entre elles, une contraception dite à long terme était utilisée. Quant à la pilule, elle était employée par 45,9% (n=45) des femmes faisant usage d'une méthode de contraception.

2. OBJECTIF PRINCIPAL

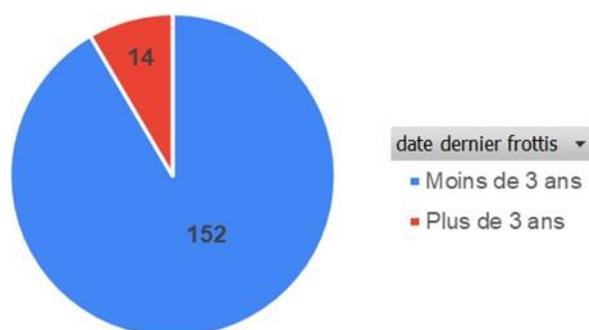


Figure 1 : répartition des femmes ayant un frottis datant de plus et de moins de 3 ans (N=166)

La *figure 1* met en évidence la date du dernier FCU dans la population. Quatorze femmes sur les 166 interrogées (8,4%) déclaraient ne pas avoir réalisé de FCU durant les 3 dernières années.

Tableau 3 : délai depuis le dernier FCU en fonction des zones d'habitation

Zone d'habitation	FCU > 3 ans		FCU < 3 ans	
	N= 14	%	N= 152	%
Urbaine (n=101)	11	78,6	90	59,2
Rurale (n=65)	3	21,4	62	40,8

Le *tableau 3* met en relation la zone d'habitation des femmes et la date de leur dernier FCU. D'après ce dernier, on observait que les femmes qui n'avaient pas un frottis à jour habitaient plus fréquemment dans une zone urbaine (11 femmes sur 14, soit 78,6%).

3. OBJECTIFS SECONDAIRES

3.1. Taux de dépistage

3.1.1. Par tranche d'âge

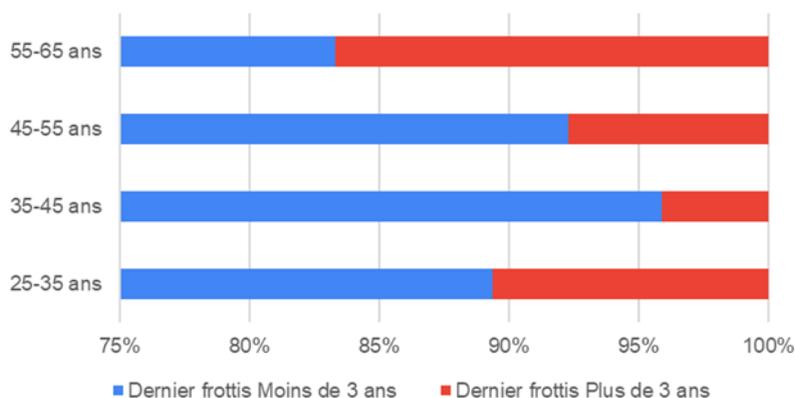


Figure 2: part de frottis à jour et non à jour selon la catégorie d'âge [25-35ans (n=47), 35-45ans (n=49), 45-55 ans (n=52), 55-65ans (n=18)]

La *figure 2* présente les parts de FCU à jour et non à jour selon la classe d'âge de la population. On notait une moins bonne compliance au dépistage chez les femmes âgées de 55 à 65 ans (3/ 18).

3.1.2. Par méthode contraceptive

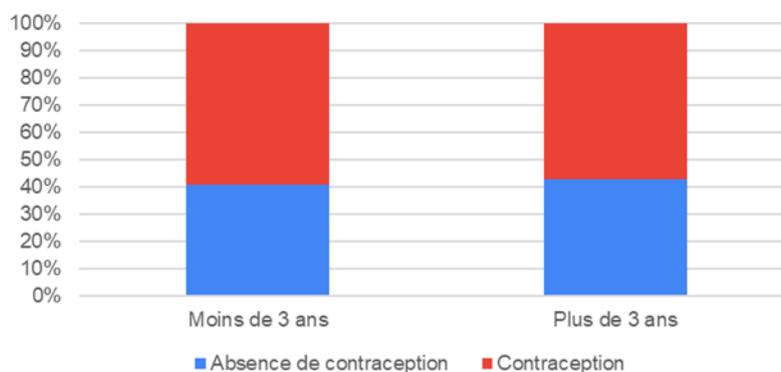


Figure 3 : utilisation d'une contraception dans le groupe ayant un frottis de moins de 3 ans(n=152) et celui ayant un frottis de plus de 3 ans(n=14)

La *figure 3* met en corrélation l'utilisation d'une contraception et la date du dernier frottis. Cette dernière montre que la prise d'un contraceptif n'influçait pas le taux de dépistage. En effet, on observait une absence de différence entre les femmes ayants un frottis à jour et non à jour concernant leur contraception.

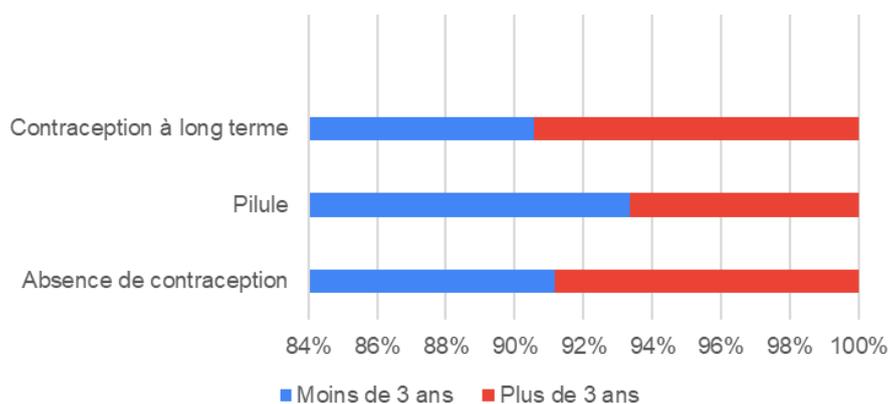


Figure 4: compliance du dépistage en fonction du moyen de contraception : absence de contraception (n=68), pilule (n=45) et contraception à long terme (n=53)

Selon la *figure 4* associant l'utilisation d'une contraception et la réalisation du FCU, les femmes utilisant la pilule (n=45) semblaient être plus compliantes vis-à-vis du dépistage. En effet elles étaient 42/45 à avoir un frottis à jour.

3.1.3. Par catégories socioprofessionnelles

Tableau 4 : comparaison des groupes FCU>3ans / FCU<3 ans en fonction de leurs catégories socioprofessionnelles

Catégories socioprofessionnelles	FCU > 3 ans	FCU < 3 ans
	N= 14	N= 152
Employés (n= 69)	5	64
Professions intermédiaires (n=58)	5	53
Cadres et professions intellectuelles supérieures (n=17)	1	16
Autres personnes sans activité professionnelle (n=8)	0	8
Retraités (n=4)	0	4
Elèves, étudiants (n=4)	1	3
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise (n=4)	1	3
Ouvriers (n=2)	1	1

Le *tableau 4* présente la part de FCU à jour et non à jour pour chaque catégorie socioprofessionnelle. Les catégories les plus représentées parmi les femmes ayant réalisées leur dernier FCU il y a plus de 3 ans étaient les employées et les professions intermédiaires, cependant, ce sont les deux catégories possédant le plus gros effectif ; respectivement 69 et 58 sujets. En revanche, aucune des femmes retraitées(n=4) ou sans activité professionnelle (n=8) n'étaient incluses dans le groupe ayant un FCU datant de plus de 3 ans.

3.2. Connaissances de femmes

Tableau 5 : Connaissances des femmes concernant le CCU et son dépistage (N=166)

	VRAI/ OUI	FAUX/ NON
Connaissance sur le fait que le CCU se développe via un virus	69,9%	30,1%
Connaissance sur l'existence d'un dépistage du CCU	88,6%	11,4%
Connaissance sur ce moyen de dépistage (FCU)	65,6%	34,4%
Connaissance sur la périodicité recommandée de cet examen (3 ans)	15,7%	84,3%

Le *tableau 5* présente le taux de bonnes et mauvaises réponses quant aux connaissances de l'échantillon concernant le CCU et son dépistage. Il montre que 69,9% des femmes interrogées ont déclaré savoir que le cancer du col de l'utérus se développait suite à une infection virale et 88,6% avoir connaissance d'un moyen de dépistage pour ce cancer. Cependant, lorsqu'on leur demandait de préciser ce moyen de dépistage, 34,4% des femmes interrogées ne savaient pas qu'il s'agissait du frottis.

Parmi les réponses incorrectes, on retrouvait les propositions suivantes :

- Ne sais pas (n=52)
- Prélèvement vaginal (n=2)
- Colposcopie (n=1)
- Dépistage colorectal (n=1)
- Prise de sang (n=1)

On remarquait aussi grâce à ce *tableau 5*, que 84,3% des femmes ne connaissaient pas la périodicité de l'examen par FCU. En effet, ces dernières avaient tendance à réduire l'intervalle entre deux examens puisque 95 femmes sur les 166 interrogées pensaient que l'examen avait lieu tous les 2 ans, voire tous les ans.

Parmi les réponses incorrectes, on retrouvait les propositions suivantes :

- Tous les 2 ans (n=51)
- Tous les ans (n=44)
- Ne sais pas (n=27)
- Tous les 4 ans (n= 7)
- Tous les 6 mois (n=6)
- Tous les 5 ans (n=5)

3.2.1. Connaissances sur les professionnels de santé réalisant les FCU

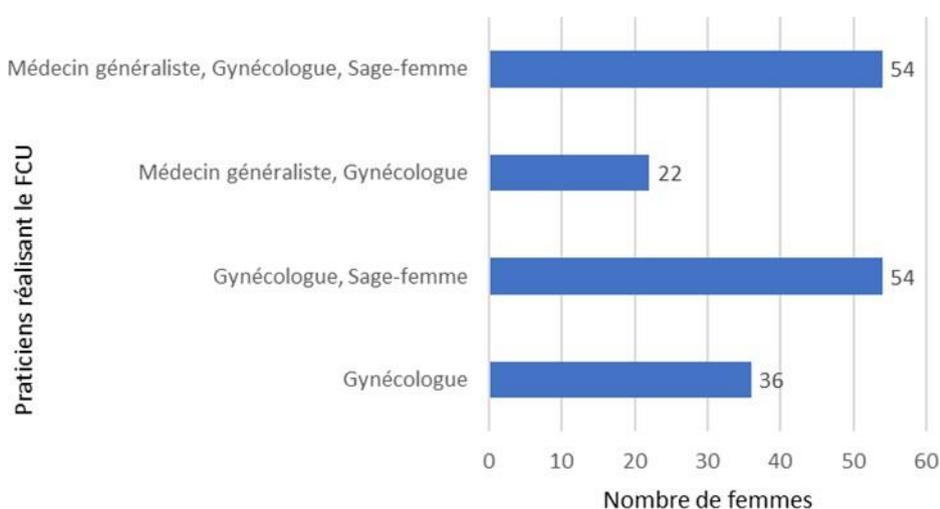


Figure 5 : professionnels de santé réalisant le FCU selon la population (N=166)

L'ensemble des réponses suite à la question concernant les professionnels pouvant réaliser le FCU est exposé dans la *figure 5*. Seulement 54 sujets (soit 32,5% de la population) connaissaient l'ensemble des professionnels de santé pouvant réaliser les FCU. L'ensemble de l'échantillon (n=166) savait que le gynécologue pouvait réaliser les FCU. En revanche, 58 sujets ne pensaient pas à citer la sage-femme et 90 femmes ne semblaient pas savoir que le médecin généraliste réalisait ce genre d'examen.

3.3. Acceptabilité du dépistage

Deux femmes seulement n'étaient pas favorables à ce dépistage. Celles-ci ne justifiaient pas leur réponse. Ces deux sujets ont pourtant déclaré être à jour dans leur dépistage. Toutes les autres femmes, soit 164, y étaient favorables.

Au total 82 femmes ont donné leur avis concernant le dépistage du CCU. Les principales idées identifiées étaient les suivantes :

- Dépister rapidement et précocement pour anticiper la survenu d'un cancer, éviter ses complications et avoir une guérison rapide grâce à une prise en charge adaptée.
- Important pour surveiller sa santé.
- Le mot « prévention » revenait pour 32 d'entre elles.

3.4. Offre de soins

Tableau 6 : caractéristiques de l'offre de soins (N=166)

Offre de soins	N	%
Durée d'accès aux soins		
Moins de 10 minutes	62	37,4
Entre 10 et 30 minutes	91	54,8
Plus de 30 minutes	13	7,8
Durée d'attente chez le praticien		
Pas d'attente	17	10,2
Moins de 30 minutes	94	56,7
Entre 30 minutes et une heure	44	26,5
Plus d'une heure	11	6,6
Délai d'obtention d'un rendez-vous		
Moins d'une semaine	30	18,1
Moins d'un mois	76	45,8
Plus d'un mois	59	35,5
Plus d'un an	1	0,6

Le *tableau 6* expose les spécificités de l'offre de soins présente dans la population. Plus de la moitié de la population (soit 91 femmes sur les 166 interrogées) considérait habiter à une distance de 10 à 30 minutes d'un professionnel de santé pouvant réaliser leur suivi gynécologique. Seulement 7,8% (n=13) d'entre elles déclaraient avoir accès aux soins en plus de 30 minutes. Concernant l'attente chez leur professionnel de santé, 56,7% (n=94) la considéraient inférieure à 30 minutes tandis que, 26,5% (n=44) déclaraient tout de même attendre entre une demie heure et une heure chez leur praticien. Enfin le délai d'obtention d'un rendez-vous gynécologique était variable. En effet, 45,8% (n=76) des femmes déclaraient obtenir un rendez-vous dans le mois tandis que 18,1% (n=30) seulement obtenaient un rendez-vous dans la semaine. Seule une femme déclarait un délai de plus d'un an pour l'obtention d'un rendez-vous.

Lors de la comparaison de ces items entre le groupe rural et urbain, la seule donnée fluctuante est la durée d'accès à un professionnel de santé. En effet, pour 46,0% des femmes issues du milieu urbain, un professionnel de santé était accessible en moins de 10 minutes. Ceci était le cas pour seulement 23,0% des femmes habitant un milieu rural. Concernant les autres items, aucune différence significative n'était observée.

3.5. Avis concernant l'auto prélèvement et la lettre de rappel

Tableau 7 : avis des femmes sur l'auto prélèvement parmi les femmes ayant ou non un frottis à jour (N=14) et (N=152)

Avis concernant l'auto-prélèvement	FCU > 3 ans		FCU < 3 ans	
	N= 14	%	N= 152	%
Non favorable	2	14,3	53	34,9
Favorable	12	85,7	99	65,1

L'avis des femmes concernant l'utilisation de l'APV selon la date de leur dernier FCU est présenté dans le *tableau 7*. On a pu remarquer que les femmes étaient majoritairement favorables à l'auto-prélèvement, cependant, on pouvait observer une légère tendance pour ce nouveau mode de prélèvement chez les femmes n'ayant pas de frottis à jour. Il était demandé aux femmes de justifier leur avis sur l'APV.

Concernant les femmes qui avaient un frottis à jour (N=152), 34,9% (n= 53) n'étaient pas favorables à ce dernier. Soixante-dix femmes ont justifié leur opinion principalement par la peur que le prélèvement soit mal réalisé (n=30) ou par le fait qu'elles préféreraient qu'il soit réalisé par un professionnel de santé (n=7).

A propos de leur avis sur la lettre de rappel, il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes (frottis à jour versus frottis non à jour). Parmi l'échantillon total (N=166), 142 femmes étaient favorables à la lettre de rappel. Quarante-huit femmes ont donné leur avis sur cette lettre et 28 d'entre elles, trouvaient que cette dernière leur « permettait de penser au dépistage ». Malgré cela, 12 femmes n'y étaient pas favorables et 11 justifiaient le caractère inutile de celle-ci par le fait qu'elles « se faisaient déjà fait suivre ».

3.6. Suivi gynécologique

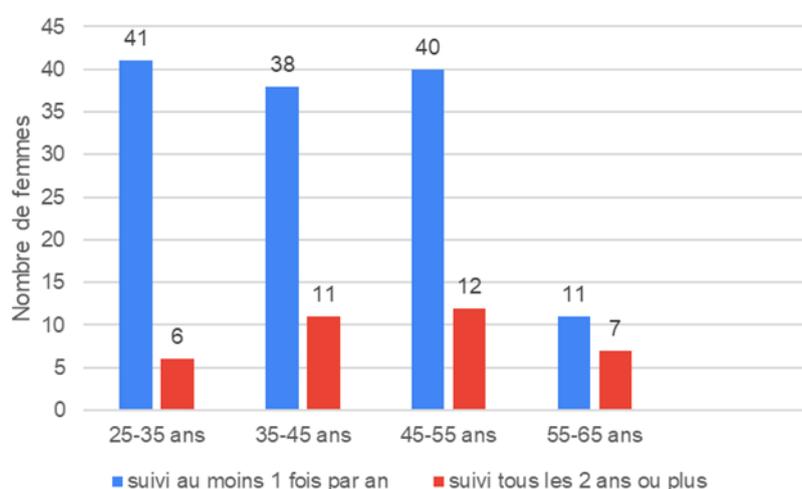


Figure 6: régularité du suivi gynécologique en fonction des groupes d'âges (N=166)

Toutes catégories d'âge confondues, les femmes avaient tendance à avoir un suivi gynécologique régulier, c'est-à-dire tous les ans. Cependant, la *figure 6* met en évidence un suivi irrégulier pour 7 des 18 femmes âgées de 55 à 65. Cent-trente femmes (78,3%) parmi la population (N=166) affirmaient avoir un suivi gynécologique régulier au moins une fois par an.

Parmi les 14 femmes n'ayant pas réalisé de FCU ces 3 dernières années, on remarquait que 9 d'entre elles (64,3%) déclaraient ne pas avoir un suivi gynécologique régulier.

4. QUESTIONNAIRE INFORMATISE

Tableau 8: comparaison de la compliance au dépistage entre les questionnaires papiers et ceux informatisés

Dernier frottis	Questionnaires papiers		Questionnaires informatisés	
	N= 118	%	N= 48	%
FCU > 3 ans	10	8,5	4	8,2
FCU < 3 ans	108	91,5	44	91,8

La comparaison des résultats entre les questionnaires papiers et informatisés présente dans le *tableau 8* ne montre aucune différence significative concernant la compliance au dépistage par FCU.

DISCUSSION

1. DISCUSSION DES RESULTATS

1.1. Objectif principal

L'objectif principal de l'étude était de déterminer le taux de dépistage par FCU en fonction de la zone d'habitation. Cependant seulement 14 femmes ont déclaré ne pas avoir de FCU à jour (*figure 1*). Cette catégorie de femmes échappant au dépistage ne représente que 8,4% de notre population, il est donc impossible de mettre en évidence des freins significatifs au dépistage pour ces femmes. On observe tout de même que parmi ces 14 femmes ayant un frottis datant de plus de 3 ans, 11 d'entre-elles résident dans une zone dite urbaine (pour rappel : zone possédant plus de 2 000 habitants) (*tableau 3*). Il semblerait donc que contrairement à notre hypothèse, ce soit les femmes citadines qui échappent le plus au dépistage du CCU comparativement aux femmes venant d'un milieu rural. Néanmoins, il n'a pas été possible de répondre à cet objectif au vu de la faible proportion de personnes interrogées ayant indiqué ne pas avoir de frottis à jour.

Une thèse s'intéressant à la vision de la consultation gynécologique par les patientes dans le cabinet de médecine générale de 2010 (Megret V, Escourrou B.) montre que les patientes habitant une zone rurale ont un suivi plus régulier que les patientes de la zone urbaine : respectivement 55% contre 47,6% pour le suivi annuel (15). Le référentiel de pratiques pour la prévention et le dépistage du cancer du col de l'utérus de 2013 précise que les femmes vivant dans une zone urbaine font partie du « profil type des femmes ayant une bonne compliance vis-à-vis du dépistage du cancer du col de l'utérus ». Allant dans ce sens, nous retrouvons, parmi les freins au dépistage : les « difficultés liées à l'accessibilité géographique aux structures de santé » et tout particulièrement le milieu rural (16).

Au total, ces informations ne sont pas en accord avec les résultats de notre étude, pour laquelle, une zone d'habitation rurale est un facteur favorisant au dépistage.

1.2. Objectifs secondaires

1.2.1. L'offre de soins

L'accessibilité à l'offre de soins par ces femmes semble satisfaisante en Lorraine. En effet, 54,8% des femmes trouveront un professionnel de santé pratiquant la gynécologie à moins de 30 minutes de chez elle et 56,7% patienteront moins de 30 minutes en salle d'attente (*tableau 6*). Il n'y a de difficultés majeures pour accéder aux soins dans cette population, ces femmes ne souffrent pas de l'absence de professionnels de santé à proximité de leur lieu de vie. Le seul facteur pouvant freiner ces femmes au dépistage s'avère être le délai d'obtention d'un rendez-vous, car 35,5% des patientes obtiendront un rendez-vous plus d'un mois après la prise de celui-ci (*tableau 6*). Malgré tout, ce délai n'apparaît pas comme démotivant puisque ; d'après le HAS, les difficultés liées au délai d'attente pour un rendez-vous n'apparaissent qu'à partir de 6 mois d'attente (16). En confrontant les données du groupe urbain et celles du groupe rural, le seul point à noter est l'accès plus rapide à un professionnel pour les personnes résidants en milieu urbain (46,0% des femmes citadines se rendent chez un professionnel en moins de 10 minutes contre seulement 23,0% dans le groupe rural). Ces données s'associent aisément à celles de l'étude Française concernant le dépistage et la prévention du cancer du col de l'utérus de 2012-2017. Dans cette dernière, on retrouve les zones économiquement défavorisées et un milieu de vie rural parmi les difficultés liées à l'accessibilité géographique aux structures de santé (16). Cependant, on observe que les femmes ne réalisant pas leur FCU dans les temps, habitent majoritairement dans une zone urbaine. Il semblerait donc que l'accès aux soins ne soit pas le frein majeur au dépistage pour les femmes de cette enquête.

De nombreuses études évoquent le rôle de la qualité de l'offre de soins et la proximité géographique dans le recours au dépistage organisé. L'étude de 2016 s'intéressant aux inégalités d'accès concernant le dépistage du cancer du sein dans le Val d'Oise, montre que « la présence d'une offre de soins ne détermine pas à elle seule le recours à cette offre dans le cadre du dépistage du cancer du sein ». Elle précise aussi que « le niveau socio-économique des quartiers n'explique pas à lui seul les différences d'accès observées dans l'accès au dépistage ». Elle conclue donc en disant que « les inégalités spatiales d'accès et de recours aux dépistages ne sont donc pas que le reflet des inégalités sociales, mais sont la résultante d'un cumul d'éléments localisés [...] ».

Parmi ces éléments, on retrouve : le niveau socio-économique, la présence et l'accessibilité physique d'une offre de proximité ou encore le rôle des acteurs locaux (élus, associations, structures du dépistage) (17).

1.2.2. Taux de dépistage par tranche d'âge

Les 55-65 ans (n=18) représentaient une minorité parmi l'échantillon de femmes interrogées (*tableau 1*).

Selon l'INSEE voici la population féminine en 2020 par tranche d'âge :

- 25-35 ans : 11,4%
- 35-45 ans : 12,3%
- 45-55 : 12,9%
- 55-65 ans : 12,7% (18)

Il n'existe pas de différence significative entre ces classes d'âge en France. Cependant, au vu du contexte sanitaire qui considérait les personnes âgées de plus de 60 ans comme personne à risque pour la Covid-19, l'effectif réduit de la tranche d'âge 55-65 ans pourrait être expliqué. On constate aussi que la classe d'âge 55-65 ans était absente de l'échantillonnage des questionnaires internet, ce qui s'explique aisément par leur utilisation moindre de l'informatique.

Proportionnellement à chaque groupe d'âge, on observait que la classe la moins dépistée par FCU était celle des 55-65 ans (3/18 ont un FCU >3 ans) (*figure 2*). Cette tendance est en adéquation avec les trois études menées en France ces dernières années (présentes dans l'étude médico-économique phase 1) qui montre une diminution du taux de couverture de dépistage à partir de 50 ans (Inca 2015) (19). Néanmoins, de par la faiblesse de l'échantillon 55-65 ans ainsi que celui des femmes non participantes au dépistage (n=14), ces interprétations ne peuvent être significatives pour notre étude.

1.2.3. Taux de dépistage par catégories socio-professionnelles

Les principales catégories socioprofessionnelles de la population étudiée étaient : les employées (n=69), les professions intermédiaires (n=58), les cadres et professions intellectuelles supérieures (n=17) (*tableau 1*). Nous pouvons dire que ces classes professionnelles correspondent à celles les plus présentes parmi la population française.

En effet, selon les chiffres de l'INSEE, voici la population selon le sexe et la catégorie socio-professionnelle en 2019 :

- Retraitée ou personne sans activités professionnelles : 34,9%
- Employées 21,5 %
- Professions intermédiaires : 13,9%
- Cadres et professions intellectuelles supérieures : 8,9% (20)

Dans l'échantillon de femmes interrogées, les inactifs représentent une minorité de notre échantillon, il est donc difficile de mettre en avant les facteurs socio-économiques entrant en compte dans la compliance au dépistage.

Néanmoins, dans la population étudiée, les femmes retraitées (n=4) et sans activité (n=8) ont toutes réalisé un FCU dans les trois précédentes années (*tableau 4*). Il semble qu'un niveau socio-économique bas ne soit pas signe de précarité médicale pour ces femmes. On retrouve pourtant dans les profils types de femmes réalisant le dépistage (d'après le référentiel de pratiques pour la prévention et le dépistage du cancer du col de l'utérus), majoritairement, les cadres ou professions intermédiaires (16).

1.2.4. Taux de dépistage par méthodes contraceptives

L'hypothèse selon laquelle, les femmes ayant un moyen contraceptif oral - nécessitant un renouvellement de prescription annuelle - serait plus compliant au dépistage est vérifiée dans cette étude. En effet, une tendance au dépistage est observée dans le groupe utilisant la pilule (42 femmes à jour sur 45 femmes utilisant la pilule) comparativement à celui utilisant un moyen de contraception à long terme (DIU/SIU, implant, essure) et celui n'utilisant pas de contraception (*figure 4*).

Les femmes qui doivent se rendre chez un professionnel de santé pour poursuivre leur contraception apparaissent plus sensibilisées au dépistage.

Selon Santé Publique France, la pilule est le moyen de contraception le plus utilisé par les jeunes jusqu'à 35 ans (21). On peut donc s'interroger sur le facteur influençant le dépistage ; l'âge ou la contraception orale ?

Deux études - l'une Suédoise de 2001 et l'autre Allemande de 2014 - nous montrent que le recours au dépistage est plus important lorsque les femmes ont utilisé des contraceptifs oraux (22) (23). En effet, dans ce cas, la fréquence de consultations chez le professionnel de santé et notamment chez le gynécologue est plus importante (24).

1.2.5. Suivi gynécologique des femmes

La majorité de l'échantillon (130/166) déclarait se faire suivre au niveau gynécologique au moins une fois par an. Cependant, on pouvait observer une différence moindre entre les groupes de suivi régulier (11/18) et irrégulier (7/18) à partir de 55-65 ans (*figure 6*). Concernant notre échantillon, il semble que plus l'âge avance, moins les femmes se font suivre sur le plan gynécologique.

Or, nous savons que le suivi gynécologique permet un accès au dépistage et donc, une irrégularité de ce dernier entraîne une diminution du taux de couverture du dépistage du CCU. En effet, 9 femmes parmi les 14 n'ayant pas réalisé de dépistage du CCU dans les 3 dernières années n'ont pas un suivi gynécologique régulier, c'est-à-dire, tous les ans. Une étude menée en 2005 dans la région Parisienne montre que la majorité des femmes (77 %) déclare être suivie régulièrement sur le plan gynécologique. Cependant, ce pourcentage diminue sensiblement avec l'âge : seulement 57 % des femmes de plus de 60 ans sont suivies (25). Les femmes âgées de 55 à 65 ans sont principalement toutes ménopausées. La perte de la fertilité et donc l'absence de nécessité d'une contraception peut expliquer une diminution de leur suivi gynécologique. Les femmes ne voient plus l'utilité de consulter pour leur santé génésique et de ce fait échappent au dépistage du CCU. L'étude menée par l'INCa (Institut National du Cancer) visant à caractériser les femmes non-participantes au dépistage du CCU, avant la généralisation du PNDO (Programme National de Dépistage Organisé), montre cette même tendance. Parmi les femmes ayant réalisé un FCU dans les 4 ans, 74% déclarent consulter un gynécologue une fois par an (13).

De même dans l'étude de la HAS réalisée en 2013, pour laquelle, le suivi gynécologique annuel constitue un motif d'adhésion au dépistage par FCU (16).

1.2.6. Connaissances des femmes face au FCU

Les questions concernant le CCU et le FCU ont permis de mettre en avant une méconnaissance de la population au sujet de la périodicité de l'examen de dépistage. En effet, 84,3% de la population ne sait pas que le FCU doit être réalisé tous les 3 ans. Pour 95 femmes de la population, cet examen a lieu tous les ans voire tous les 2 ans (*tableau 5*). On pourrait croire que les femmes confondent le FCU avec le PV (Prélèvement Vaginal) et de ce fait, pensent à une périodicité si courte. C'est pour cela qu'il leur était demandé de préciser le nom de ce moyen de dépistage ; il s'avère que 65,6% des femmes savent répondre à cette question et précisent qu'il s'agit du FCU (*tableau 5*). En pratique, il semblerait que le FCU soit réalisé trop fréquemment. L'autre point important à soulever concerne l'ensemble des professionnels réalisant le FCU. Seulement 32,5% de la population sait lister à la fois le gynécologue, le médecin généraliste et la sage-femme (*figure 5*). Toutes le savent, le gynécologue peut réaliser cet examen, cependant, en ce qui concerne le médecin généraliste et la sage-femme, les femmes ne les associent pas toujours à ce dépistage. Cela peut donc freiner le dépistage, en cantonnant le gynécologue comme seul professionnel apte à la réalisation du FCU.

L'analyse de 37 études présente dans une revue de la littérature - réalisant l'état des lieux du suivi gynécologique en médecine générale - atteste qu'entre 80 et 91% des femmes déclarent avoir un suivi gynécologique régulier. Celui-ci est assuré pour seulement 8 à 23% d'entre elles par un médecin généraliste. En revanche il n'y avait pas de donnée concernant le suivi effectué par les sages-femmes. Des freins sont identifiés, émanant des médecins ainsi que des patientes. Parmi ces freins on retrouve : « la méconnaissance des femmes au sujet des compétences de leur médecin, ceux-ci communiquant peu à propos cette discipline qu'ils ont l'impression de mal maîtriser » (26). La méconnaissance de la pathologie et de son dépistage est un frein mis en avant dans les études concernant la participation au dépistage (27).

Toujours selon l'enquête de la HAS sur les facteurs de non adhésion au dépistage, une « absence de rappel des recommandations concernant les rythmes de dépistage » ainsi qu'une « méconnaissance de l'histoire naturelle de la maladie, du cancer et de son pronostic, de sa prévention et de son dépistage » font partie des freins au dépistage (16).

Dans l'enquête menée par Santé Publique France sur la « couverture du dépistage du cancer du col de l'utérus en France » en 2012-2017, il a aussi été relevé un sur-dépistage par FCU, qui s'avère être dangereux du fait d'un risque de sur-diagnostic entraînant des investigations et des traitements par excès de zèle (13).

Contrairement aux précédents points, il semble que les femmes soient conscientes que le CCU se développe via un virus (*tableau 5*), certaines femmes précisent même spontanément le HPV comme étant le virus à l'origine de ce cancer.

1.2.7. Auto prélèvement

L'objectif du PNDO est d'augmenter le taux de couverture du dépistage en partie grâce au lancement des kits d'auto-prélèvement. Cette alternative au FCU semble lever les freins du dépistage dans la population n'ayant pas effectué de dépistage au cours de ces 3 dernières années (n=14). En effet, elles sont 12 sur 14 à être favorables à l'utilisation de l'APV (*tableau 7*). Tout comme une étude anglaise de 2009 l'a montré, l'APV impacte le taux de participation au dépistage (+5,7% par rapport au dépistage par FCU) (28). C'est aussi le cas pour l'étude Apache, dans laquelle, la proposition d'un test par APV augmente le taux de participation au dépistage de +22% (29).

Même si ce test semble plus accepté que le dépistage classique, parmi les femmes à jour dans leur dépistage (n=152), 53/152 sont contre l'AVP. Ces femmes justifient leur choix principalement par la peur que l'examen soit mal réalisé et préfèrent qu'il soit fait par un professionnel de santé. Une étude menée à Londres en 2006 le montre, certaines femmes conservent des incertitudes sur la bonne réalisation de l'auto-prélèvement (30).

2. BIAIS DE L'ETUDE

Concernant la validité externe de cette étude, il a été observé un taux de dépistage de 91,6% alors que l'institut national du cancer nous indique que 39% de la population française n'est pas à jour pour la réalisation de son FCU (13). La thèse analysant les freins au dépistage du CCU réalisée dans le Puy de Dôme en 2019 (Dubreuil S) mettait en évidence un taux de dépistage de 82%. Une autre étude présente dans la revue d'épidémiologie et de santé publique, s'intéressant aux déterminants contextuels du recours au dépistage du CCU en 2010, montre un taux de dépistage de 88,5 % (31), ce qui est largement supérieur à la moyenne nationale de 61,2% annoncée par Inca 2015 (32). Tout comme les études citées précédemment le prouvent par leur taux de dépistage important, les femmes non suivies semblent échapper au recrutement de ce type d'enquêtes. Le mode de recrutement de notre population n'a pas permis de mettre en lumière un échantillon représentatif de la population générale puisqu'il n'inclue pas les femmes échappant au dépistage, ce qui constitue un biais de sélection. De plus, la population générale de l'étude (n=166) s'avère être trop faible pour obtenir une analyse statistiquement significative. Enfin, la population du Grand-Est est une population ciblée, elle ne permet pas d'extrapoler nos résultats à plus grande échelle puisque le mode de vie n'est pas toujours similaire entre les différentes régions de France.

Par ailleurs, cette étude reposant uniquement sur du déclaratif, on ne peut pas exclure la survenue d'un biais de désirabilité sociale - consistant à se montrer sous une facette positive lorsque l'on est interrogé ou observé - causé par les interrogatoires sous forme d'entretien. Afin de contrer ce dernier, plusieurs lieux de réalisation de l'étude ont été sélectionnés et ce aux alentours des supermarchés afin de rencontrer différentes personnes et avoir des points de vue variés. Le questionnaire informatisé, permettant un mode de recrutement des données à distance, aurait pu permettre de contrer ce biais, en offrant aux femmes la possibilité de se sentir moins jugées à travers leur écran. Nous aurions pensé, de ce fait, objectiver un plus fort échantillon de femmes déclarant ne pas avoir de FCU à jour parmi celles interrogées via le questionnaire Google Forms. Or lors de la comparaison des résultats, entre les questionnaires papiers et informatisés, aucune différence significative n'a été constatée concernant la compliance au dépistage par FCU.

Les femmes ont été interrogées aux abords de supermarchés dans le but de toucher une population de tous âges et catégories socio-professionnelles, et de ce fait, éviter les biais de recrutement de population. Malgré une répartition relativement équivalente des sujets concernant leur zone d'habitation, 61% des femmes habitent dans une zone urbaine (*tableau 1*). Etant donnée le faible effectif (N=166) de la population recrutée, les résultats ont pu être biaisés par la prépondérance du groupe « urbain » (101 femmes urbaines pour 65 femmes rurales). Il demeure donc un biais du fait d'une puissance insuffisante de l'effectif total.

Enfin, il y a risque de biais de sélection inhérent à ce type d'enquête car les sujets étaient recrutés sur le principe du volontariat. En effet, les femmes volontaires présentent généralement des caractéristiques différentes de celles refusant de participer à l'étude. Ce biais de sélection a également été induit par l'utilisation d'un questionnaire internet. Les femmes qui répondent à ce type d'enquête sont celles qui sont à l'aise avec l'outil informatique, donc plutôt des femmes jeunes. Ce dernier constitue un biais de communication. Or la tranche d'âge 55-65 ans est la plus à risque du fait de leur suivi moins régulier, notamment à cause de la ménopause. Ce sont celles développant le plus de cancer du col de l'utérus mais les moins présentes dans le questionnaire papier et internet.

Pour finir, les informations retranscrites entre les questionnaires papier et les tableaux Excel ont été vérifiés plusieurs fois cependant on ne peut pas exclure une incohérence des données retranscrites et donc un biais de méthodologie.

3. LIMITES ET ALEAS DE L'ETUDE

3.1. La COVID-19 : une entrave à l'étude

La crise sanitaire rencontrée en France et au niveau mondial début 2020 avec un confinement de la population, a repoussé le recueil de données - initialement prévu pour le mois de mars 2020 – au mois de juin 2020. Cette dernière a sûrement été un frein aux interactions sociales entre les volontaires et le recruteur. En effet, le contexte sanitaire a pu rendre les femmes réticentes à participer à cette étude.

3.2. Répartition des groupes urbain-rural

L'objectif de population à recruter était de 90 patientes, 30 dans chaque groupe urbain, péri-urbain et rural. Après analyse des résultats, il a été décidé de répartir la population étudiée dans deux groupes : urbain et rural, et non trois comme prévu initialement, en raison de la complexité à déterminer un seuil pour les zones péri-urbaines.

3.3. Faiblesse de la population non dépistée

Au vu du faible nombre de femmes indiquant ne pas avoir de frottis à jour, le recrutement a été étendu à 166 patientes grâce à un questionnaire informatisé. Il aurait été nécessaire de réaliser un calcul de population en amont et ainsi, effectuer un recrutement plus large.

CONCLUSION

Cette étude observationnelle descriptive a permis d'analyser et de décrire l'attitude des femmes face au dépistage du CCU. D'une part, grâce à l'étude des taux de dépistage en fonction de la zone d'habitation, de la tranche d'âge, du type de contraception ou encore de la catégorie socio-professionnelle. D'autre part, en s'intéressant à l'accès aux soins de ces femmes, à leurs connaissances ainsi que leur acceptabilité face à un futur test par APV.

L'objectif principal de l'étude analysant la couverture du dépistage entre la zone urbaine et rurale n'est pas atteint au vu du faible effectif de femmes n'ayant pas réalisé de FCU durant les trois précédentes années (8,4%). Il en est de même pour les objectifs secondaires qui n'ont permis de montrer que des tendances. Les hypothèses émises au début de l'étude ne sont pas confirmées dans l'échantillon de population, hormis celle concernant la prise d'une contraception orale.

Les femmes non dépistées dans cette étude habitent plutôt en milieu urbain, sont âgées de plus de 55 ans et sont actives. L'APV s'avère être une solution pour ces femmes qui échappent au dépistage. On note une mauvaise connaissance de ces dernières sur la périodicité du FCU ainsi que sur les professionnels de santé pouvant le réaliser. A l'inverse, la prise d'une contraception orale est un facteur favorisant la réalisation du frottis. La divergence de ces résultats avec les études déjà conduites laisse à penser que le mode de recrutement est inapproprié pour l'analyse des caractéristiques des femmes non dépistées.

Enfin, le principal levier pouvant agir sur le taux de CCU semble être le vaccin contre le HPV. Une étude menée en Suède durant 11 ans montre son efficacité dans la réduction de l'incidence du CCU. En effet, la comparaison des groupes vaccinés et non vaccinés objective une diminution de 88% du risque de développement du CCU (33). Les recommandations de la HAS élargissant la vaccination contre les HPV aux garçons permettraient elles de réduire la circulation du papillomavirus et ainsi amoindrir le nombre de femmes atteintes par le cancer sur col de l'utérus dans le monde (34) ?

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, L. Siegel RL, A. Torre LA, Jemal A. Global Cancer Statistics 2018: GLOBOCAN Estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin [en ligne]. 2018 [cité le 25 octobre 2019] ;68(6) :394–424. Disponible sur : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.3322/caac.21492>
- (2) INCA, Institut National du Cancer. Papillomavirus et cancer. Etat des lieux et des connaissances. Fiches repères [en ligne]. 2018 [cité le 25 octobre 2019]. Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Papillomavirus-et-cancer>
- (3) Santé publique France. Infections à papillomavirus : la maladie [en ligne]. 2019 [cité le 25 octobre 2019]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-a-prevention-vaccinale/infections-a-papillomavirus/la-maladie/#tabs>
- (4) Munoz N, Bosch F-X, Castellsagué X, Díaz M, de Sanjose S, Hammouda D et al. Against which human papillomavirus types shall we vaccinate and screen? The international perspective. Int. J. Cancer [en ligne].2004 [cité le 25 octobre 2019] ; 111(2) : 278 –285. Disponible sur : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/ijc.20244>
- (5) OMS, Organisation Mondiale de la Santé. Papillomavirus humain (PVH) et cancer du col de l’utérus. Aide-mémoire n°380 [en ligne]. 2018 [cité le 25 octobre 2019]. Disponible sur : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs380/fr/>
- (6) Vaccination Info Service. Infection à papillomavirus humains (HPV) [en ligne]. 2020 [cité le 20 octobre 2020]. Disponible sur : <https://vaccination-info-service.fr/Les-maladies-et-leurs-vaccins/Infections-a-Papillomavirus-humains-HPV>

- (7) HAS, Haute Autorité de Santé, Synthèse d'avis de la commission de transparence : Cervarix, vaccin Papillomavirus humain (types 16, 18) – Gardasil, vaccin Papillomavirus humain (types 6, 11, 16, 18) [en ligne]. 2012 [cité le 20 octobre 2020]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-05/gardasil_cervarix_synthse.pdf
- (8) Non aux cancers papillomavirus. Le dépistage du cancer du col de l'utérus [en ligne]. 2020 [cité le 20 octobre 2020]. Disponible sur : <https://www.papillomavirus.fr/moyens-prevention-papillomavirus-humain/>
- (9) INCA, Institut National du Cancer. Diagnostic du cancer du col de l'utérus [en ligne]. 2020 [cité le 20 octobre 2020]. Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-col-de-l-uterus/Diagnostic>
- (10) Légifrance. Arrêté du 4 mai 2018 relatif à l'organisation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus - Annexe 5 [en ligne]. 2018 [cité le 20 octobre 2019]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000036877148
- (11) HAS, Haute Autorité de Santé. Dépistage du cancer du col de l'utérus : le test HPV recommandé chez les femmes de plus de 30 ans [en ligne]. Juillet 2019 [cité le 20 octobre 2019]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3069063/fr/depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-le-test-hpv-recommande-chez-les-femmes-de-plus-de-30-ans
- (12) HAS, Haute Autorité de Santé. Évaluation de la recherche des papillomavirus humains (HPV) en dépistage primaire des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus et de la place du double immuno-marquage p16/Ki67[en ligne]. Juillet 2019 [cité le 25 octobre 2019]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-07/synthese_hpv.pdf

- (13) Barré S, Massetti M, Leleu H, Catajar N, de Bels F. Caractérisation des femmes ne réalisant pas de dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis cervico-utérin en France. Bull Epidemiol Hebd [en ligne]. 2017 [cité le 25 octobre 2019]. 2017;(2-3) :39-47. Disponible sur : http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2017/2-3/pdf/2017_2-3_3.pdf
- (14) Hamers FF, Jezewski-Serra D. Couverture du dépistage du cancer du col de l'utérus en France, 2012-2017. Bull Epidemiol Hebd. [en ligne] 2019.[cité le 25 octobre 2019] (22-23):417-23. Disponible sur : http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/22-23/2019_22-23_2.html
- (15) Megret V, Escourrou B. Vision de la consultation gynécologique par les patientes dans le cabinet de médecine générale [thèse] Limoges : Université de Limoges. Faculté de médecine ; 2010. 140 p.
- (16) HAS, Haute Autorité de Santé. Dépistage et prévention du cancer du col de l'utérus : actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé (EPS) [en ligne]. 2013 [cité le 3 mars 2021]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-08/referentieleps_format2clic_kc_col_uterus_2013-30-08_vf_mel.pdf
- (17) Vaillant Z, Rican S, Bochaton A, Charreire H, Salamon A, El Ghozi L, et al. Les constructions socio-territoriales des inégalités d'accès au dépistage du cancer du sein à Gonesse (Val d'Oise) : diagnostic territorial et aide à la décision. Dans : Calvez M., Santé et Territoires : des soins de proximité aux risques environnementaux. Rennes : Presses Universitaires de Rennes ; 2016p ; 105-126.
- (18) INSEE, Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Population par sexe et groupe d'âges, données annuelles 2021 [en ligne]. 2021 [cité le 3 mars 2021]. Disponible sur : https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381474#figure1_radio2

- (19) INCA, Institut National du Cancer. Généralisation du dépistage du cancer du col de l'utérus : Étude médico-économique /Phase 1 [en ligne]. 2015 [cité le 3 mars 2021]. Disponible sur : <http://www.cngof.net/Publications-CNGOF/Pratique-clinique/Referentiels-divers/CANCER/CANCER-col-depistage-generalisation.pdf>
- (20) INSEE, Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Population par sexe et catégories socioprofessionnelles, données annuelles 2014 à 2020 [en ligne]. 2021 [cité le 3 mars 2021]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381478>
- (21) Rahib D, Le Guen M, Lydié N. Baromètre santé 2016. Contraception. Quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent. Paris: Santé publique France ;2017; 8p.
- (22) Vogt V, Siegel M, Sundmacher L. Examining regional variation in the use of cancer screening in Germany; Social sci med. 2014 ;110: 74-80.
- (23) Eaker S, Adami H-O, Sparén P. Attitudes to screening for cervical cancer: a population-based study in Sweden. Cancer Causes Control. 2001 ; 12(6) : 519-528.
- (24) Araujo M, Franck J-E, Cadot E, Gautier A, Chauvin P, Rigal L, et al. Contextual determinants of participation in cervical cancer screening in France, 2010. Cancer epidemiol. 2017 ; 48 : 117-123.
- (25) Grillo F, Cadot E, Parizot I, Chauvin P. Absence de suivi gynécologique régulier en région parisienne : un cumul d'inégalités individuelles et territoriales ? Rev épidémiol santé publique. 2008 ; 56 (6) : 357
- (26) Guyomard H. Etats des lieux du suivi gynécologique en médecine générale : revue de la littérature [thèse]. Angers : Faculté de santé, université d'Angers ; 2018. 57p.

- (27) INCA, Institut National du Cancer. Les freins au dépistage : sensibiliser et convaincre [en ligne]. 2020 [cité le 3 mars 2021]. Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus/Les-freins-au-depistage-sensibiliser-et-convaincre#toc-quelles-femmes-ne-se-font-pas-d-pister-r-guli-rement->
- (28) Szarewski A, Cadman L, Mesher D, Austin J, Ashdown-Barr L, Edwards R, et al. HPV self-sampling as an alternative strategy in non-attenders for cervical screening - a randomized controlled trial. Br J Cancer. 2011;104(6):915-920.
- (29) Haguenoer K, Sengchanh S, Gaudy-Graffin C, Boyard J, Fontenay R, Marret H et al. Vaginal self-sampling is a cost-effective way to increase participation in a cervical cancer screening programme : a randomised trial. Br J Cancer. 2014; 111(11): 2187-2196.
- (30) Waller J, McCaffery K, Forrest S, Szarewski A, Cadman L, Austin J, et al. Acceptability of unsupervised HPV self-sampling using written instructions. J Med Screen. 2006 ;13(4) :208-213.
- (31) Araujo M, Franck J-E, Menvielle G. Déterminants contextuels du recours au dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes en France en 2010. Rev épidémiol santé publique. 2016 ; 64 (S4) : 196-197.
- (32) Dubreuil S. Freins au dépistage et la prévention du cancer du col de l'utérus en médecine générale : une enquête observationnelle transversale chez les médecins généralistes et les femmes de 18 à 65 ans du Puy-de-Dôme [thèse]. Clermont-Ferrand : Université de Clermont Auvergne ; 2018. 116 p.
- (33) Mes vaccins.net. Vaccin anti-papillomavirus : une réduction de l'incidence du cancer du col de l'utérus est observée [en ligne]. 2020 [cité le 3 mars 2021]. Disponible sur : <https://www.mesvaccins.net/web/news/16472-vaccin-anti-papillomavirus-une-reduction-de-l-incidence-du-cancer-du-col-de-l-uterus-est-observee>

(34) Légifrance. Arrêté du 30 novembre 2020 modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux [en ligne]. 2020 [cité le 3 mars 2021]. Disponible sur :

https://www.legifrance.gouv.fr/download/file/dQZ1SfRwlknYxBD7sUIKTOzfY6R11tb1GqNb7as9jPM=/JOE_TEXTE?fbclid=IwAR3yaHbR_R_d5lfbID6WdKlzfWpcs2LlbJbpN7N8mp5E6FZvA5AUbuIs4I

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	4
SOMMAIRE	5
LISTE DES ABREVIATIONS	6
INTRODUCTION	7
MATERIEL ET METHODE	12
1. TYPE D'ETUDE	12
2. POPULATION ETUDIEE	12
3. CRITERES DE JUGEMENT	12
4. MODALITES DE REALISATION DE L'ETUDE	13
4.1. LIEUX DE REALISATION DE L'ETUDE.....	13
5. OUTIL DE RECUEIL DES DONNEES	14
5.1. LE QUESTIONNAIRE.....	14
5.2. CONTROLE ET SAISIE DES DONNEES.....	14
RESULTATS	16
1. DESCRIPTION DE LA POUPLATION	16
2. OBJECTIF PRINCIPAL	18
3. OBJECTIFS SECONDAIRES	19
3.1. TAUX DE DEPISTAGE.....	19
3.1.1. <i>Par tranche d'âge</i>	19
3.1.2. <i>Par méthode contraceptive</i>	19
3.1.3. <i>Par catégories socioprofessionnelles</i>	21
3.2. CONNAISSANCES DE FEMMES.....	22
3.2.1. <i>Connaissances sur les professionnels de santé réalisant les FCU</i>	23
3.3. ACCEPTABILITE DU DEPISTAGE.....	24
3.4. OFFRE DE SOINS.....	24
3.5. AVIS CONCERNANT L'AUTO PRELEVEMENT ET LA LETTRE DE RAPPEL.....	25
3.6. SUIVI GYNECOLOGIQUE.....	26
4. QUESTIONNAIRE INFORMATISE	27
DISCUSSION	28
1. DISCUSSION DES RESULTATS	28
1.1. OBJECTIF PRINCIPAL.....	28
1.2. OBJECTIFS SECONDAIRES.....	29
1.2.1. <i>L'offre de soins</i>	29
1.2.2. <i>Taux de dépistage par tranche d'âge</i>	30
1.2.3. <i>Taux de dépistage par catégories socio-professionnelles</i>	31
1.2.4. <i>Taux de dépistage par méthodes contraceptives</i>	31
1.2.5. <i>Suivi gynécologique des femmes</i>	32
1.2.6. <i>Connaissances des femmes face au FCU</i>	33
1.2.7. <i>Auto prélèvement</i>	34
2. BIAIS DE L'ETUDE	35
3.1. LA COVID-19 : UNE ENTRAVE A L'ETUDE.....	37
3.2. REPARTITION DES GROUPES URBAIN-RURAL.....	37
3.3. FAIBLESSE DE LA POPULATION NON DEPISTEE.....	37
CONCLUSION	38
BIBLIOGRAPHIE	39
TABLE DES MATIERES	45
ANNEXES	46

ANNEXES

ANNEXE I

QUESTIONNAIRE

« Bonjour madame, je suis étudiante sage-femme, auriez-vous 5 minutes à me consacrer, j'aurais quelques questions à vous poser sur le dépistage du cancer du col utérin »

- Quel âge avez-vous ? ...
 - ┆ 25-35 ans
 - ┆ 35-45 ans
 - ┆ 45-55 ans
 - ┆ 55-65 ans

- Dans quelle ville/village habitez-vous ? ...

- Travaillez-vous ? si oui, quel est votre métier ? ...

- Avez-vous un moyen de contraception ?
 - ┆ Oui, laquelle ? ... qui vous l'a prescrit ?
 - ┆ Non

- Saviez-vous que le cancer du col de l'utérus se développe via un virus ?
 - ┆ Oui
 - ┆ Non

- Savez-vous qu'il existe un dépistage du cancer du col de l'utérus ?
 - ┆ Oui, lequel ? ...
 - ┆ Non

- Est-ce que vous y êtes favorable ? Pourquoi ? ...
 - ┆ Oui
 - ┆ Non

- Quelle est la périodicité recommandée de cet examen ? ...

- Pouvez-vous m'indiquer de quand date votre dernier frottis ?
 - ┆ Moins de 3 ans
 - ┆ Plus de 3 ans

- Savez-vous qui peut faire les frottis ?
 - ┆ Médecin généraliste
 - ┆ Gynécologue
 - ┆ Sage-femme
 - ┆ Autre....

- Etes-vous suivi régulièrement au niveau gynécologique ?
 - ┆ Oui, à quelle fréquence ?
 - ... Par qui ?
 - ┆ Non, pourquoi ? ...

- Ces professionnels de santé exercent-ils près de chez vous ?
 - ┆ Médecin généraliste : Proche/ Eloigné
 - ┆ Gynécologue : Proche/ Eloigné
 - ┆ Sage-femme : Proche/ Eloigné
 - ┆ AUCUN

- Si OUI, à combien de temps de votre lieu d'habitation/travail se trouvent-ils ?
 - ┆ <10 minutes
 - ┆ Entre 10 et 30 minutes
 - ┆ > 30 minutes

- Et quel est le délai pour prendre un rendez-vous ?
 - ┆ <1 semaine
 - ┆ <1 mois
 - ┆ >1 mois
 - ┆ > 1 an

- Lorsque vous vous rendez à un RDV de suivi gynécologique, combien de temps patientez-vous en salle d'attente ?
 - ┆ Pas d'attente
 - ┆ < ½ heure
 - ┆ Entre ½ heure et 1 heure
 - ┆ > 1 heure

- S'il existait un auto prélèvement de dépistage du cancer du col à récupérer chez le pharmacien/médecin, seriez-vous prêts à le faire ?
 - ┆ OUI
 - ┆ NON
 - ┆ Pourquoi ?...

- Faites-vous les autres dépistages ? (Mammographie et dépistage du cancer colorectal)
 - ┆ OUI : lequel :
 - ┆ NON
 - ┆ Pourquoi ?...
 - ┆ Je ne suis pas concernée

- Si une lettre de rappel vous était adressée comme pour le dépistage organisé du cancer du sein ou du colon, cela vous inciterait -il à vous faire suivre ?
 - ┆ OUI
 - ┆ NON
 - ┆ Pourquoi ? ...

ANNEXE II

Questionnaire mémoire Lara

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude, j'aurais quelques questions à vous poser sur le dépistage du cancer du col utérin.

Le questionnaire dure environ 5 minutes

ATTENTION : remplir ce questionnaire uniquement si vous avez ENTRE 25 et 65 ANS

*Obligatoire

Quel âge avez-vous ? *

25-35 ans

35-45 ans

45-55 ans

55-65 ans

Dans quelle ville/village habitez-vous ? *

Votre réponse _____

Travaillez-vous ? si oui, quel est votre métier ? *

Votre réponse _____

Avez-vous un moyen de contraception ? *

Oui, pilule

Oui, stérilet

Oui, implant

Non

Autre : _____

Si oui, qui vous l'a prescrit ?

Gynécologue

Médecine généraliste

Sage-femme

Saviez-vous que le cancer du col de l'utérus se développe via un virus ? *

- OUI
- NON

Savez-vous qu'il existe un dépistage du cancer du col de l'utérus ? *

- OUI
- NON

Lequel?

Votre réponse _____

Est-ce que vous y êtes favorable ? *

- Oui
- Non

Pourquoi?

Votre réponse _____

Quelle est la périodicité recommandée de cet examen ? *

- tous les 6 mois
- tous les an
- tous les 2 ans
- tous les 3 ans
- tous les 4 ans
- tous les 5 ans
- Je ne sais pas

Pouvez-vous m'indiquer de quand date votre dernier frottis ? *

- Moins de 3 ans
- Plus de 3 ans

Savez-vous qui peut faire les frottis ? *

Médecin généraliste

Gynécologue

Sage-femme

Autre : _____

Etes-vous suivi régulièrement au niveau gynécologique ? Si OUI à quelle fréquence et par qui? (médecin généraliste, gynécologue ou sage-femme) *

Oui, 2x/an

Oui tous les ans

Oui tous les 2 ans

Non

Par qui?

Gynécologue

Médecin généraliste

Sage-femme

Ces professionnels de santé exercent-ils près de chez vous ? *

Médecin généraliste

Gynécologue

Sage-femme

AUCUN

Si OUI, à combien de temps de votre lieu d'habitation/travail se trouvent-ils ? *

Moins de 10 min

Entre 10 et 30 min

Plus de 30 min

Et quel est le délai pour prendre un rendez-vous ? *

Moins d'une semaine

Moins d'un mois

Plus d'un mois

Plus d'un an

Lorsque vous vous rendez à un RDV de suivi gynécologique, combien de temps patientez-vous en salle d'attente ? *

- Pas d'attente
- Moins d'une demie heure
- Entre une demie heure et une heure
- Plus d'une heure

S'il existait un auto prélèvement de dépistage du cancer du col à récupérer chez le pharmacien/médecin, seriez-vous prêtes à le faire ? *

- Oui
- Non
- Autre : _____

Pourquoi?

Votre réponse _____

Faites-vous les autres dépistages ? (Mammographie et dépistage du cancer colorectal) *

- Oui les 2
- Oui mammographie
- Oui cancer colorectal
- Non
- Je ne suis pas concernée
- Autre : _____

Si une lettre de rappel vous était adressée comme pour le dépistage organisé du cancer du sein ou du colon, cela vous inciterait-il à vous faire suivre ? *

- Oui
- Non
- Autre : _____

Pourquoi?

Votre réponse _____

Université de Lorraine – Département Universitaire Lorrain de Maïeutique

Mémoire de fin d'études de sage-femme de GOUTTE Lara – 2021

Influence de la zone d'habitation sur l'attitude des femmes face au dépistage du cancer du col de l'utérus en Lorraine

Etude observationnelle descriptive menée entre juin et septembre 2020 concernant 166 femmes de 25 à 65 ans

Introduction : Le cancer du col de l'utérus (CCU) est le 4^{ème} cancer féminin dans le monde. Son dépistage est réalisé grâce au frottis cervico utérin (FCU) entre 25 et 65 ans mais n'affiche qu'un taux de compliance de 60%. Depuis 2018, un PNDO est mis en place en France afin d'augmenter la couverture de dépistage, réduire les inégalités d'accès à ce dépistage et diminuer l'incidence et la mortalité par CCU à 10 ans.

Objectifs : Déterminer si la zone d'habitation des femmes impacte le taux de dépistage du cancer du col de l'utérus. Et rendre compte de l'attitude des femmes face à ce dépistage en fonction de leur âge, catégorie socio-professionnelle et méthode contraceptive employée.

Méthode : Une étude observationnelle descriptive concernant l'attitude des femmes de 25 à 65 ans face au dépistage du cancer du col de l'utérus a été réalisée grâce à un questionnaire papier et en ligne.

Résultats : 8,4% des femmes interrogées (N=166) déclaraient avoir réalisé leur dernier frottis il y a plus de 3 ans. Parmi ces dernières, 78,5% habitaient une zone urbaine. La population étudiée n'avait pas de difficulté d'accès aux soins. Cependant des méconnaissances subsistaient concernant la périodicité du FCU ainsi que les professionnels le réalisant. L'utilisation de la pilule comme moyen de contraception favorisait la compliance au dépistage.

Conclusion : La faiblesse de l'effectif déclarant une non compliance au dépistage (n=14) ne permet pas de conclure quant à l'influence de la zone d'habitation sur l'attitude des femmes face au FCU et met en évidence une inadéquation du mode de recrutement de la population.

Mots clés (3)

Frottis - Cancer du col de l'utérus - Zone d'habitation